Le Numéro : 15 CENTIMES — 30 Mars 1895. — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LA CYANOSE CONGÉNITALE, par le Dr Jules Simon 113
DE LA CURE RADICALE DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ L'ADULTE, par le Dr Ed. Schwartz. 114
MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des épithéliomes cutanés superficiels par le bleu de méthyle et les cautérisations. — Traitement des adénites subaiguës inguinales 115
ANALYSES DES TRAVAUX français et étrangers 116
LES ANESTHÉSIQUES CHIRURGICAUX, par M. Ch. Moureu, docteur ès sciences. 119
JURISPRUDENCE MÉDICALE, par M. G. Thomas, avocat, docteur en droit. 120
SOCIÉTÉS SAVANTES FRANÇAISES XLVI

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 3 avril 1895, à 1 heure. — M. Brodier : Répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale; MM. Potain, Strauss, Brissaud, Netter. — M. Chatel : Essai critique sur le traitement des diarrhées infantiles; MM. Strauss, Potain, Brissaud. Netter. — M. Biet : Contribution à l'étude des affections consécutives à la grippe; MM. Straus, Potain, Brissaud, Netter. — M. Ducros : Amperfortions et rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle; MM. Pinard, Terrier, Ricard, Varnier. — Mlle Bruyant : Des principales causes d'élévation de température chez les accouchées; MM. Pinard, Terrier, Ricard, Varnier. — M. Duvivier : Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy; MM. Terrier, Pinard, Ricard, Varnier.

Jeudi 4 avril 1895, à 1 heure. — M. Legendre : Essai dans le rôle de la chirurgie dans le diabète sucré; MM. Laboulbène, Proust, Hanot, Netter. — M. Bigaignon : Contribution à l'étude du péristaltisme stomacal dans les sténoses rapides du pylore; MM. Laboulbène, Proust, Hanot, Netter. — Mlle Scheinziss : Essai sur les conditions des femmes et des enfants dans les fabriques russes; M. Proust, MM. Laboulbène, Hanot, Netter. — M. de Miranda : Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curettage vésical et le drainage périnéal; MM. Guyon, Raymond, Ballet, Brun. — M. Bernard : Tentatives chirurgicales dans le traitement de la méningite tuberculeuse; MM. Guyon, Raymond, Ballet, Brun. — M. Nordmann : Le cœur des tabétiques (lésions cardio-aortiques et angine de poitrine); MM. Raymond, Guyon, Ballet, Brun. — M. Guéridaud : Etude chimique, physiologique et thérapeutique des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie); MM. Cornil, Dieulafoy, Chantemesse, Charrin. — M. Bezançon : Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses; MM. Cornil, Dieulafoy, Chantemesse, Charrin. — Mlle Guttelson : De la valeur nutritive de la farine de Néré; M. Dieulafoy, Cornil, Chantemesse, Charrin. — Mlle Protopopoff : De la cécité en Russie. Etude étiologique; MM. Panas, Berger, Richelot, Lejars. — M. Poumeau : Les exostoses de développement considérées dans leurs rapports avec la tuberculose; MM. Berger, Panas, Richelot, Lejars. — M. Boutin : La grippe chez les opérés; MM. Berger, Panas, Richelot, Lejars.

Vendredi 5 avril 1895, à 1 heure. — M. Blanc : Contribution à l'étude de l'administration de la créosote par la voie intestinale. (Suppositoires créosotés.) MM. Straus, A. Robin, Dejerine, Gaucher. — M. Cubertafon : Des polyarthrites pelviennes dans la puerpéralité; MM. Straus, A. Robin, Dejerine, Gaucher. — M. Mazet : Sur l'empyème du sac lacrymal. Etude bactériologique et clinique; MM. Straus, A. Robin, Dejerine, Gaucher.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er avril 1895. — Médecine opératoire : MM. Delbet, Jalaguier, Lejars — 2e Oral (Première partie, 1re série) : MM. Farabeuf, Segond, Gaucher. — 2e Oral (Première partie, 2e série) : MM. Straus, Retterer, Sebileau. — 2e (Deuxième partie) : MM. Gley, A. Robin, Heim. — 3e (Deuxième partie) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — 3e définitif (Officiat) Hôtel-Dieu : MM. Pinard, Chantemesse, Poirier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Kirmisson, Ricard, Tuffier.

Mardi 2 avril 1895. — Dissection : MM. Polaillon, Quénu, Brun. — 2e Oral (Première partie, 1re série) : MM. Campenon, Remy, Nélaton. — 2e Oral (Première partie, 2e série) : MM. Mathias Duval, Retterer, Heim. — 3e Oral (Première partie) : MM. Le Dentu, Bar, Poirier. — 3e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Marfan. — 4e MM. Cornil, Proust, Gilbert. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Richelot, Schwartz. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Raymond, Troisier, Letulle.

Mercredi 3 avril 1895. — Dissection : MM. Mathias Duval, Segond, Jalaguier. — 2e Oral (Première partie, 1re série) : MM. Gley, Dejerine, Poirier. — 2e Oral (Première partie, 2e série) : MM. Farabeuf, Delbet, Retterer. — 2e Oral (Première partie, 3e série) : MM. Grancher, Tuffier, Sebileau. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, A. Robin.

Jeudi 4 avril 1895. — Dissection : MM. Remy, Nélaton, Poirier. — 2e Oral (Première partie, 1re série) : MM. Mathias Duval, Pozzi, Schwartz. — 2e Oral (Première partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Polaillon, Marie. — 3e (Deuxième partie) : MM. Troisier, Marfan, Letulle. — 4e : MM. Pouchet, Gilbert, Roger.

Vendredi 5 avril 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Delbet, Poirier. — 2e Oral (Première partie) : MM. Segond, Retterer, Sebileau. — 2e (Deuxième partie) : MM. Gley, Weiss, André. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Kirmisson, Jalaguier, Tuffier. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — 5e (Première partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

Samedi 6 avril 1895. — Dissection : Le Dentu, Quénu, Poirier. — 2e Oral (Première partie) : MM. Campenon, Pozzi, Rémy. — 2e (Deuxième partie) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Marie. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Hallopeau, Letulle. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Dieulafoy, Ballet, Ménétrier. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Budin, Richelot, Bar.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). Ont traité les questions suivantes :
23 *mars* : MM. Adenot (de Lyon), Bauby (de Toulouse). — Question : *Kystes du corps thyroïde*
26 *mars*. — MM. Binaud (de Bordeaux), Dumoulin. — Question : *Des Froidures.*
27 *mars* : MM. Adam (de Nancy), Walther. — Question : *Hernies de la ligne blanche.*
28 *mars* : MM. Gervais de Rouville (de Montpellier), Albertin (de Lyon). — Question : *Les accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse.*
29 *mars* : M. Faure. — Question : *Contusion et plaies du rein.* — M. Oui (de Lille). — Question : *Symptômes, marche et traitement de la grossesse tubaire.*

HOPITAUX

Médecins et chirurgiens honoraires. — MM. les docteurs Brouardel, Bucquoy, Lancereaux sont nommés médecins honoraires; Léon Labbé et Guéniot, chirurgiens honoraires.

Maternité (Consultations). — Des consultations pour les femmes enceintes seront faites par l'accoucheur en chef et par l'accoucheur adjoint, les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures du matin.

Concours du Bureau central (Médecine). — Un concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le vendredi 26 avril 1895, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. Les inscriptions sont reçues de *midi* à *trois heures*, du *lundi* 25 *mars* au *lundi* 8 *avril* 1895.

Réformes du concours de l'Internat. — La Commission nommée pour étudier les modifications qu'il y avait à introduire dans le mode de concours pour l'Internat et composée de MM. Brouardel, Périer, Millard, Peyrot, Championnière, Le Dentu, Bucquoy, Hanot, Beclère et Feulard, a adopté, dans sa séance du 23 mars 1895, le principe du projet présenté par l'Association des internes et anciens internes. Ce projet, adopté en février par le Comité de l'Association, était d'ailleurs analogue à ceux de MM. Périer et Brun.

Le concours reste soumis à deux épreuves : l'une écrite et l'autre orale, comme il en est actuellement.

Le jury sera composé de 10 membres : 4 médecins, 4 chirurgiens et 2 accoucheurs. Il se dédoublera en deux sections pour entendre la question écrite : une section jugera l'anatomie et l'autre la pathologie. Il se reconstituera ensuite pour juger l'épreuve orale.

Concours de l'Internat.

Séance du 25 mars 1895

GLANDES DE LA PEAU; VARIOLE HÉMORRHAGIQUE

Brosset	14 — 39	Vouzelle	15 — 41
Schœffer	14 — 41	Delestre	14 — 40
Daumy (I. P)	15 — 38	Lombard	13 — 41

Séance du 27 mars 1895

GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES; ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

Keim	12 — 38	Nobécourt	17 — 46
Fays	14 — 39	Salmon (I. P)	16 — 41
Roux	15 — 40	Ferron	13 — 40
Branca (I. P)	17 — 41	Chopin	15 — 40
Haury	15 — 42	Le Fur (I. P.)	15 — 41
Tesson	13 — 37		

Séance du 29 mars 1895

PANCRÉAS; COMPLICATIONS NERVEUSES DU DIABÈTE SUCRÉ

Guéry	13 — 37	Martinet	16 — 41
Veuillot (I. P)	14 — 40	Pelisse	15 — 40
Cavasse	17 — 42	Griffou (I. P)	13 — 40
Jeanne (I. P)	13 — 36	Darzens	12 — 30
Zamfiresco	12 — 36	Poix (I. P)	15 — 45

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing. — *Aliment des enfants* : Phosphatines Falières. — *Constipation* : Poudre laxative de Vichy.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUME.
MÉTRITES : PÉRICOLS

POUGUES *sans rivale* GASTRALGIES, DYSPEPSIES, GRAVELLES
CARABANA. PURGATIVE, DIGESTIVE.
POUGUES St-LEGER GUÉRIT L'ESTOMAC, INTESTINS — VESSIE

Concours de l'Externat.

Séance supplémentaire du 28 mars

Entre les candidats ayant obtenu 37 comme total.

SYMPTOMES DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Lereboullet.	19
Lenormant	18
Pétron..	17

Goujon n'a pas concouru.

La liste d'admission à l'externat est affichée ce matin à l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Il y a 378 externes reçus.

NOUVELLES

Cours d'ophtalmologie. — MM. les Drs Rochon-Duvignaud et A. Terson recommenceront le mardi 23 avril, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, un cours *pratique* d'ophtalmologie qui comprendra : 1° Examen fonctionnel de l'œil. Ophtalmoscopie et réfraction, avec malades ; 2° Anatomie normale et pathologie. Bactériologie clinique de l'œil et des annexes (pièces histologiques) et notions de technique spéciale ; 3° Médecine opératoire (avec exercices).

Les cours auront lieu, tous les jours, à 5 heures et dureront six semaines. S'inscrire d'avance à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

26 mars 1895

Sur la glycosurie alimentaire chez les sujets sains. MM. Linossier et **Roque** (de Lyon). L'épreuve de la glycosurie alimentaire, introduite en séméiologie par Colrat en 1875, a été considérée d'abord comme un moyen de diagnostiquer l'oblitération de la veine porte. Plus tard, on a cru pouvoir conclure du passage du sucre ingéré dans l'urine à l'insuffisance de la cellule hépatique, détruite ou du moins profondément altérée. Des recherches plus récentes ont montré qu'une altération transitoire des fonctions du foie suffit à provoquer la glycosurie alimentaire, et qu'on la rencontre même dans un grand nombre de maladies, dans lesquelles le foie ne semble pas du tout intéressé. Bien plus, dans les lésions cérébrales diffuses, elle paraît, d'après les derniers travaux de von Jacksch, Bloch, Strasser, beaucoup plus fréquente que dans les affections du foie.

La glycosurie alimentaire ne peut donc être considérée actuellement comme le symptôme constant d'aucune lésion ; elle se rencontre plus ou moins fréquemment dans une foule d'affections différentes, et le clinicien ne sait guère quelle conclusion tirer de la présence ou de l'absence de ce signe.

Les auteurs ont entrepris de préciser sa signification, et ils ont commencé par étudier la glycosurie alimentaire chez l'homme sain.

Les expériences ont porté sur 19 sujets, la plupart assistants ou élèves de la clinique médicale de la Faculté de Lyon, les autres malades de la clinique, présentant, avec un bon état général, des affections ne paraissant pas de nature à modifier les conditions d'assimilation du sucre (arthrites blennorragiques, sciatiques, névrite périphérique professionnelle, etc.).

La plupart des expériences ont été faites avec le sucre de canne ; d'autres avec le glucose et le lactose.

Après l'usage du sucre de canne, on peut constater soit de la saccharosurie, soit de la glycosurie. La saccharosurie (qu'on met en évidence en traitant par la liqueur de Fehling 5 cc. d'urine portés préalablement à l'ébullition avec une goutte d'acide chlorhydrique) existe chez tous les sujets, mais la dose qui la provoque est très variable. Avec 50 grammes de sucre ingéré, on la trouve dans 29 pour 100 des cas ; aucun sujet n'a résisté à 350 grammes. Une petite quantité de glucose accompagne presque toujours la saccharose dans les urines ; aussi une forte élimination de saccharose est-elle toujours associée à une glycosurie légère, dont la signification n'est pas autre que celle de la saccharosurie à laquelle elle est liée. Chez certains sujets, au contraire, le glucose constitue toujours une notable fraction du sucre total éliminé (jusqu'à 83 pour 100) ; la dose minima de sucre, qui provoque la saccharosurie, provoque en même temps de la glycosurie. Cette glycosurie alimentaire se manifeste généralement après l'ingestion de petites quantités de sucre (50 à 100 grammes). On l'a observée chez 16 pour 100 des sujets. Elle semble bien correspondre à une manière d'être spéciale de l'organisme, sans qu'on puisse lui découvrir une cause précise. Elle paraît se rencontrer de préférence chez les arthritiques.

Des trois sucres qui ont été soumis à l'expérimentation, la saccharose est celui qui passe le plus facilement dans l'urine ; puis viennent le glucose et le lactose. Après ingestion de 100 grammes de sucre, on en a trouvé chez un même sujet 1 gr. 96 avec la saccharose, 0 gr. 39 avec le glucose, 0 gr. 28 avec le lactose.

L'élimination ne commence activement qu'une heure après l'ingestion. Elle a son maximum de la deuxième à la quatrième heure, elle est généralement terminée après la huitième. L'alcool ne modifie pas l'élimination.

MM. Linossier et Roque ne reconnaissent pas l'existence d'une « limite d'assimilation » des sucres, admise par Hofmeister, limite au-dessous de laquelle tout le sucre serait assimilé, au-dessus de laquelle il déborderait l'organisme comme l'eau déborde un vase plein.

Ils admettent qu'il existe pour chaque personne et pour chaque espèce de sucre un « coefficient d'utilisation » individuel, croissant dans les limites restreintes avec la quantité de sucre ingéré, toujours très élevé (minimum observé pour le saccharose, 97,2 pour 100).

Au point de vue des recherches cliniques, le fait, que la glycosurie alimentaire peut s'observer à la suite de l'ingestion de 100 grammes de saccharose chez 16 pour 100 des sujets sains, impose une grande réserve dans l'interprétation de ce phénomène. Il est impossible de le considérer comme l'indice d'une lésion grave de la cellule hépatique

Sur le « surpeuplement » de l'habitation. — M. Lagneau. On a remarqué depuis longtemps que la morbidité et la mortalité s'accroissent dans les arrondissements ou quartiers où la population est dense, où la population spécifique est élevée. A Paris, dans le IIIe arrondissement (Temple), où il y a 764 habitants par hectare, la mortalité annuelle est de 21 sur 1.000 habitants ; dans le VIIIe (Elysée), où il y a 280 habitants par hectare, la mortalité annuelle n'est que de 13 sur 1.000 habitants.

L'encombrement de l'habitation est non moins redoutable. Au dernier recensement, M. Bertillon fit relever le nombre d'habitants occupant chaque logement, et le nombre de pièces composant ce logement ; il considère comme *surpeuplé* tout logement dont le nombre d'habitants est supérieur au double du nombre de pièces, et a reconnu que certains arrondissements, quoique ayant une population spécifique peu élevée, possèdent un grand nombre de logements surpeuplés, et présentent une haute mortalité. Le XXe (Ménilmontant) par exemple, qui n'a que 265 habitants par hectare, mais dont sur 1.000 habitants, 227 sont plus de 2 par pièce de logement, donne annuellement 31 décès généraux et 5,5 décès phtisiques en particulier, tandis que le VIIIe (Elysée), dont la population spécifique de 280 habitants par hectare diffère peu de celle de Ménilmontant, mais dont sur 1.000 habitants il n'y a que 48 qui sont plus de 2 par pièce de logement, la mortalité générale annuelle n'est que de 13 et celle par phtisie de 1,7.

Greffe vésicale de l'uretère sectionné. — M. Pozzi a eu recours à la greffe vésicale de l'uretère pour remédier à la section de ce conduit, opération supérieure à l'abouchement de l'uretère, soit à la peau, ce qui crée une fistule urinaire répugnante, soit dans l'intestin, ce qui expose à l'infection ascendante du rein par les microbes de l'intestin ; elle permet d'éviter la néphrectomie, opération toujours grave, non seulement par elle-même, mais surtout par la privation même de l'organe ; mais cela n'est possible que lorsque l'uretère a été sectionné dans son extrémité la plus voisine de la vessie.

Dans le cas de M. Pozzi, il s'agissait d'extraire un kyste du ligament large, tellement adhérent à l'utérus qu'il fallut enlever une tranche de tissu utérin ; l'uretère se trouva sectionné à son passage sur le bord latéral de l'utérus.

M. Pozzi lia d'abord l'extrémité inférieure de l'uretère, et en injectant du liquide sous pression dans la vessie, s'assura qu'aucune goutte de liquide ne pouvait, par cette voie, passer de la vessie dans le péritoine.

Il s'occupa ensuite de greffer le bout supérieur de l'uretère à la paroi vésicale, incisa celle-ci, rabattit les lèvres de l'incision en dehors, les sutura à l'uretère, muqueuse à muqueuse, et séreuse à séreuse.

Les culs-de-sac péritonéaux furent bourrés de bandes de gaze iodoformée qui sortaient par la plaie abdominale, afin d'assurer le drainage de l'urine et la formation d'une fistule uretéro-cutanée au cas où la greffe aurait échoué ; mais elle réussit parfaitement et, sauf quelques accès fébriles, les suites opératoires furent très simples.

Dix mois après l'opération, la santé était parfaite, la malade avait augmenté de 12 kilog., les mictions étaient régulières, la région rénale n'était pas douloureuse. Mais la malade se plaignait de l'existence d'une éventration hypogastrique, suite de l'opération ; il y avait en outre des lésions des annexes.

Une nouvelle laparotomie fut donc pratiquée, qui permit de constater l'état de l'uretère. Sur le bas-fond de la vessie, on voyait une sorte de méso péritonéal, dans lequel était l'uretère ; il formait un cordon aplati, plus large qu'un uretère normal, mais il était vide. Il est vraisemblable que cette dilatation était due au reflux de l'urine, quand la vessie se remplissait, plutôt qu'à de la rétention de l'urine dans l'uretère. M. Pozzi fit l'ablation des trompes et des ovaires qui étaient scléro-kystiques et pratiqua la suture des muscles droits. La malade est actuellement parfaitement guérie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

23 mars 1895.

Des modifications de structure des glandules thyroïdiennes après l'extirpation de la glande thyroïde. — M. Gley avait déjà attiré l'attention sur les modifications de structure qui se produisent dans les glandules thyroïdiennes, corps thyroïdes accessoires, après l'extirpation de la glande thyroïde chez le lapin, par exemple. Depuis il a recueilli, avec M. Nicolas (de Nancy), des matériaux en vue d'une étude de ces modifications dont voici les premiers résultats.

A l'état normal, les glandules présentent une structure homogène. Au contraire, dès le sixième jour après l'extirpation de la thyroïde, et surtout après quinze à dix-huit jours, on voit, sur des coupes totales des glandules, à un faible grossissement, des zones irrégulièrement réparties, formées par des traînées de cellules épithéliales plus petites que les cellules normales, à protoplasma très coloré, à noyau plus colorable que le noyau de l'élément normal. Cette structure trabéculaire est très nette, et, de plus, les éléments épithéliaux ont acquis des caractères que ne possèdent jamais les cellules des glandes normales. L'hypertrophie constatée de ces organes tient donc, en grande partie, à une augmentation du nombre de leurs cellules épithéliales ; dans quelques cas, des phénomènes de division cellulaire ont été constatés.

Ces modifications cellulaires semblent donc liées au développement fonctionnel des glandules, consécutif à la thyroïdectomie, et c'est ainsi que se trouve empêchée la production des accidents dus à cette opération, quand elle est complète, c'est-à-dire quand, chez le lapin, elle porte en même temps sur la glande et les glandules.

Influence des traumatismes sur les localisations des substances solubles. — M. L. Meyer rappelle que les expériences de MM. Bouchard et Charrin ont établi que, lorsqu'on fait ingérer de la naphtaline à un lapin pendant une période de huit à douze jours, on provoque l'apparition de la cataracte ; que les recherches de MM. Charrin et Carnot ont déterminé l'aptitude des tissus altérés à fixer les substances dissoutes ; que, si on réalise, par exemple, une intoxication progressive à l'aide des sels de plomb, après avoir au préalable créé une lésion, ces sels se déposent de préférence dans les parties rendues malades. Il a cherché à mettre en évidence cette propriété des tissus, en ayant recours à cette propriété que possède la naphtaline de produire la cataracte.

Après huit jours d'ingestion de 1 gramme de naphtaline et de traumatismes réalisant la congestion d'un globe oculaire, la cataracte a commencé à devenir apparente, plus tôt du côté contusionné ; alors que l'œil non traumatisé ne présentait qu'un fond nuageux, vague, indéterminé, l'œil lésé offrait au contraire un épaississement net, indiscutable du cristallin.

Ces faits ont été constatés sur quatre lapins, mais les différences observées entre les deux yeux ne sont pas toujours identiques : parfois rapides, très marquées, elles sont parfois au contraire à peine saisissables, tardant à se montrer.

Ces expériences établissent l'influence des irritations mécaniques et physiques sur la genèse des lésions engendrées plus ou moins directement par des substances chimiques et leurs résultats sont à rapprocher de certains enseignements de la clinique, en particulier du rôle des chocs dans l'apparition des accès de goutte, car on sait que, chez un goutteux qui tombe sur le coude, l'acide urique, les urates vont quelquefois s'accumuler dans l'articulation traumatisée.

Pour les localisations des agents figurés, des microbes, ces influences des agents physiques ont du reste été clairement établies ; les recherches de M. Meyer montrant qu'il en est de même pour les principes solubles, et prouvent la généralité des lois qui régissent les processus étiologiques.

Modifications de la quantité d'oxyhémoglobine dans le sang des myxœdémateux. — M. Masoin (de Louvain), dans un cas de myxœdème congénital, chez un enfant de douze ans, a vu que la quantité d'oxyhémoglobine s'élevait à 6,5 pour 100.

Etudiant, d'autre part, le sang de myxœdémateux guéris : chez une malade, il a constaté que la teneur en oxyhémoglobine s'élevait à 8,5 pour 100 et chez une autre, à 10 pour 100 environ.

La quantité relative d'oxyhémoglobine s'abaisse donc considérablement dans le myxœdème, pour se relever chez les sujets guéris, tout en demeurant inférieure au chiffre normal.

Action de l'antipyrine sur les centres nerveux. — MM. Langlois et **Guibbaud** ont étudié l'action élective de l'antipyrine sur les divers centres nerveux. Cette substance agit sur tout l'axe cérébro-médullaire, mais à des degrés différents. Graduant les doses sur des animaux à moelle cervicale sectionnée, ils ont pu distinguer dans la marche de l'intoxication : 1° une phase cérébrale, dans laquelle les convulsions cloniques, épileptiformes restent localisées à la tête ; 2° une phase médullo-cérébrale : en même temps que la tête continue à être le siège de convulsions cloniques à attaques subintrantes, le tronc présente une ou plusieurs attaques toniques, opistothoniques, violentes, mais peu durables ; 3° une phase cérébrale avec hyperexcitabilité médullaire. Les convulsions cloniques qui persistent dans la tête déterminent des mouvements violents dans le corps, par suite des secousses transmises par contiguïté et qui viennent exciter la moelle à un degré d'hyperexcitabilité comparable au strychnisme.

Enfin, les réflexes de la tête disparaissent avant ceux du tronc. L'antipyrine a donc une action élective sur le cerveau et l'observation clinique montre d'ailleurs combien son action sédative est puissante sur les douleurs céphaliques, les névralgies des nerfs craniens, et beaucoup plus faible quand il faut agir sur la moelle.

Le dégagement d'acide carbonique par les muscles isolés du corps. — M. Chauveau présente une note de M. Tissot établissant : 1° qu'une partie de l'acide carbonique dégagé par un muscle placé dans l'air est due à l'oxygène absorbé ; 2° que c'est là un phénomène vital, un véritable phénomène de respiration. Résultats, justifiant les propositions de l'auteur sur la double origine de l'acide carbonique exhalé par le muscle isolé du corps : dégagement purement physique de gaz préformé et formation due à l'exercice des propriétés physiologiques survivantes du muscle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

27 mars 1895.

Laparotomie dans les contusions de l'abdomen. — M. Michaux. Ma communication faite à la dernière séance ayant été suivie d'interprétations différentes, je tiens à répéter que j'accepte, comme règle de conduite, l'intervention chirurgicale immédiate, d'emblée, dans tous les cas de contusion de l'abdomen.

M. Delorme. Les faits de contusion abdominale que j'ai observés, ne me permettent pas de souscrire à la règle de conduite que préconise M. Michaux. Ayant été attaché à un régiment de cavalerie, j'ai vu nombre de contusions par coups de pied de cheval, je ne suis jamais intervenu et je n'ai pas eu de mort. Ces derniers temps, j'ai recueilli 9 observations de contusion violente de l'abdomen : 7 fois je ne suis pas intervenu et les malades ont guéri, 2 fois j'ai opéré et les malades sont morts ; ces deux derniers ont été, malgré moi, opérés trop tard et ont succombé rapidement après l'intervention.

Tout en étant partisan des laparotomies précoces, je crois qu'il ne faut pas intervenir quand même dans tous les cas de contusion abdominale. Il ne faut pas oublier que mes 7 malades non opérés ont guéri; si je les avais opérés, j'aurais donc pratiqué 7 laparotomies inutiles. A mon sens, sans attendre des signes précis de péritonite ou d'hémorrhagie interne, il est sage de ne proposer l'intervention que s'il existe des signes rationnels de lésions internes. En surveillant de très près le malade, d'heure en heure, on opérera à temps.

M. Quénu. — M. Michaux pose en principe que dans toute contusion abdominale, on doit pratiquer la laparotomie exploratrice. Cette règle est excessive et les observations de M. Michaux prouvent elles-mêmes l'exagération des conclusions qu'il en a tirées. En les parcourant, on voit, en effet, que dans la plupart des cas, il s'agit de lésions qui auraient pu être suivies de guérison spontanée. J'observe fréquemment des malades qui ont reçu des coups de pied dans le ventre et ne me crois pas en droit de les laparotomiser. Il faut donc établir une division entre les contusions : les graves et les non graves. Mais, en pratique, où commence une contusion grave? Le meilleur, c'est de tenir compte de l'importance de la violence et des phénomènes immédiats présentés par le malade, sans ériger de règle absolue. On interviendra dès lors sagement.

Enfin, dans les contusions des voies biliaires, je crois qu'il est très difficile de savoir ce qu'il faut faire, car il est malaisé de découvrir le siège de la lésion. Si je trouvais de la bile dans le ventre, je drainerais simplement et j'attendrais une oblitération spontanée des voies biliaires.

M. Chaput. Je me rallie complètement à la règle proposée par M. Michaux, c'est-à-dire opérer le plus tôt possible et dans tous les cas. L'attente de quelques heures dont parle M. Michaux est même de trop et la laparotomie doit être pratiquée dans les quatre ou cinq heures qui suivent le traumatisme. La seule contre-indication est l'état de choc dans lequel peut se trouver l'opéré; si la température est au-dessous de 35°,5, le pouls au-dessus de 140, il faut d'abord ranimer le malade et n'opérer qu'ensuite.

J'ai observé 8 cas de contusion abdominale. Un seul de mes malades qui avait reçu un coup de pied de cheval, ne fut pas opéré et mourut le septième jour ; il avait refusé toute intervention. Dans les 7 autres cas, j'ai pratiqué la laparotomie : j'ai eu 1 succès et 6 insuccès. Cinq fois je ne pus opérer à temps et dans mon sixième cas, où l'intervention fut pratiquée de bonne heure, il s'agissait d'une rupture du pancréas et de la veine splénique que je ne pus découvrir.

Quant à la technique opératoire, je pense qu'une incision étroite suffit parfaitement pour explorer la cavité abdominale, que le dévidement de l'intestin est inutile et que l'éviscération n'est qu'exceptionnellement nécessaire. Si l'intestin est contusionné ou perforé, je recommande la résection suivie d'entérorrhaphie de préférence à la simple suture intestinale ; celle-ci, en effet, est difficile par suite du gonflement des parois contusionnées et peut être suivie d'échec.

Symphysiotomie. Suppuration. Symphysiotomie secondaire. — M. Quénu. M. Binaud (de Bordeaux), nous a envoyé une intéressante observation dont les points principaux peuvent se résumer de la façon suivante :

Femme à bassin vicié, en travail depuis dix heures. Application de forceps au détroit supérieur; mais la tête ne descend pas dans l'excavation. Symphyséotomie. Hémorrhagie abondante produite par la section des veines rétro-pubiennes. Application d'un appareil plâtré que la malade ne peut pas supporter. Suppuration du foyer opératoire et fistule consécutive trois mois après, mise à nu des trajets fistuleux, curettage de ces trajets et ablation d'une lamelle cartilagineuse nécrosée. La plaie guérit et la malade quitte l'hôpital. Mais elle constate bientôt des troubles manifestes de la marche (ballottement pubien, dandinement). Une fistule s'ouvre bientôt à nouveau. Le Dr Binaud décide alors une intervention radicale. Entre les deux pubis écartés de 1 centimètre, il constate des fongosités nombreuses qui sont infiltrées entre des tractus fibreux étendus d'un os à l'autre, et qu'il détruit par le curettage.

Après avoir sectionné la partie profonde de la symphyse, l'opérateur pratique sur chaque pubis deux trous à la tréphine et, tandis qu'un aide comprime rigoureusement les deux crêtes iliaques, il assure, à l'aide de deux solides fils en argent, la coaptation des deux os.

Le foyer opératoire suppure pendant quelques jours, mais la malade guérit, malgré tout, assez rapidement, et, quelque temps après sort de l'hôpital tout à fait guérie, marchant bien et sans fatigue. Plusieurs examens ultérieurs ont montré que le résultat fonctionnel est resté, depuis cette époque, de tous points satisfaisant.

Cystite tuberculeuse. Taille hypogastrique. Excision de la muqueuse. — M. Delageniére (du Mans) rapporte l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, atteint depuis plusieurs mois d'hématuries qui l'avaient amené à un degré d'affaiblissement extrême et qui résistaient à tout traitement. Le 6 juin 1894 il pratiqua la taille hypogastrique et put exciser la muqueuse vésicale sur presque toute son étendue. Cette muqueuse était rouge et tomenteuse et ne put être enlevée que fort difficilement sur les bords latéraux et sur la face postérieure où elle était particulièrement adhérente. L'examen histologique pratiqué par M. Pilliet a démontré qu'il s'agissait de tuberculose chronique. Les suites opératoires ont été simples et suivies de guérison : les mictions sont redevenues normales à partir de la fin de juin et les hématuries n'ont plus reparu. Malheureusement le malade eut en octobre 1895 une poussée de tuberculose pulmonaire à laquelle il finit par succomber le 27 décembre suivant.

MM. Routier, Reynier et **Tuffier** font observer que la guérison des cystites tuberculeuses est bien difficile à obtenir, et que l'on obtient guère que des améliorations de plus ou moins longue durée. A la suite de cystostomie sus-pubienne, M. Tuffier a pu cependant obtenir des guérisons qui se maintiennent depuis deux, trois ou quatre ans.

Plaie de l'abdomen par balle de revolver; plaies de l'intestin et de l'utérus en état de gravidité. Résection de l'intestin et entérorrhaphie; suture de l'utérus. Avortement consécutif et guérison. — M. Pozzi fait un rapport sur l'observation communiquée par **M. Albarran** [1] et approuve de point en point la conduite tenue par l'opérateur. Ce cas est en faveur de la laparotomie exploratrice qu'on doit toujours pratiquer en présence d'une plaie de l'abdomen.

De ce cas, remarquable à tous les points de vue, M. Pozzi rapproche un fait inédit qui appartient à Billroth : une malade fit une fausse couche de quatre à cinq mois et, à la suite de manœuvres intra-utérines, l'utérus fut perforé et une double anse d'intestin s'engagea sous la cavité utérine et vint pendre à la vulve. Billroth pratiqua la laparotomie, fit une double entérorrhaphie et sutura la plaie utérine. Dans ce cas de Billroth comme dans le cas d'Albarran, il s'est donc agi de plaie d'un utérus gravide, plaie qu'il a suffi de suturer pour obtenir la guérison.

Obstruction intestinale. Laparotomie. Guérison. — M. Routier présente un malade de soixante-dix ans qui fut laparotomisé pour une occlusion intestinale. Cette occlusion était due à une coudure du petit intestin au niveau d'adhérences produites par un vieil épanchement sanguin. L'âge du malade est le point sur lequel M. Routier attire l'attention de ses collègues.

Ulcère de l'estomac : perforation. Laparotomie. Guérison. — M. Hartmann présente un malade qu'il laparotomisa pour des accidents péritonéaux aigus dont la cause était la perforation d'un ulcère stomacal. La perforation siégeait en arrière près de la petite courbure et ne put être suturée. M. Hartmann tamponne avec grand soin et isole de son mieux le restant de la cavité péritonéale. Le malade guérit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

29 mars 1895.

Du traitement alcalin. — A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la précédente séance, **M. Ferrand** fait observer que le bicarbonate de soude constitue un sel neutre dont la transformation en sous-carbonate alcalin ne commence à s'effectuer, moyennant la mise en liberté d'une partie de l'acide carbonique, que dans l'estomac. Dans les cas d'acescence gastrique très exagérée, l'alcalinisation ainsi produite dans l'organisme est difficile à mesurer. En administrant directement des doses déterminées, de 25 à 75 centigrammes de sous-carbonate de soude, on peut mieux limiter les risques de suralcalinisation et prévenir les complications cystiques.

De la sérothérapie. — M. Variot, après avoir fait remarquer que l'hyperthermie, plus ou moins passagère, s'observe également après les injections de sérum artificiel, d'après les expériences de M. Debove, et après les injections du sérum antidiphthéritique de Roux, ou celui de Behring, ou encore celui d'Arohnson, signale une diminution notable dans l'hyperthermie constatée au cours des dernières expériences qu'il a faites avec le sérum de l'Institut Pasteur. Il ajoute qu'à Nantes on a employé avec succès contre la diphtérie, le sérum du cheval *non* immunisé, et qu'à Bruxelles on a obtenu aussi la guérison de la diphtérie au moyen du sérum artificiel.

M. Galliard rappelle qu'en 1892, il a constaté chez plusieurs cholériques dont trois étaient atteints de tuberculose au second degré seulement et se prêtaient par conséquent à cette tentative thérapeutique, un relèvement de température réalisé en deux ou trois jours à l'aide d'injections de sérum artificiel. Chez un enfant qui, d'ailleurs, succomba le sixème jour et qui reçut les doses les plus fortes, les injections de sérum artificiel furent suivies d'une réaction hyperthermique qui éleva la température au-delà de 40 degrés.

M. Legendre estime que les doses de sérum antidiphthéritique injectées jouent un rôle important à l'égard de l'intensité de la réaction hyperthermique. Il injecte actuellement, aux enfants, des doses moitié moindres environ, et constate une atténuation des phénomènes réactionnels sans altération des effets utiles en ce qui concerne la chute des pseudo-membranes. Il ajoute qu'à l'Institut Pasteur, le sérum actuellement obtenu paraît plus actif que les échantillons primitifs, et croit prudent d'engager les médecins à essayer des doses inférieures à celles qui ont été conseillées au début.

M. Catrin estime que la différence entre les résultats constatés par MM. Debove et Hayem, au point de vue de la réaction hyperthermique consécutive aux injections de sérum artificiel, peut teyir à ce que l'un pratiquait ces injections dans le tissu cellulaire, sous-cutané et l'autre directement dans le système veineux.

M. Sevestre a constaté chez quatre enfants atteints d'angines non diphthéritiques et traités à l'aide d'injections de sérum de cheval non immunisé, avec toutes les précautions antiseptiques et avec des doses identiques à celles du sérum de Roux :

1° Une tuméfaction locale avec rougeur diffuse et induration peu accentuée, ne durant guère que quelques heures, et s'accompagnant parfois d'adénopathie passagère;

2° Une réaction hyperthermique légère et fugace, ne dépassant pas un degré et demi, et tout à fait analogue à celle qui suit les injections du sérum de Roux;

3° Une éruption érythémateuse, plus ou moins étendue, offrant son maximum au niveau des piqûres;

4° Une action nulle à l'égard des angines dont les fausses membranes disparaissaient comme dans les cas traités par toute autre méthode.

M. Variot fait remarquer qu'après l'emploi du sérum de Roux, même à la suite des injections les plus récentes, qui ont été faites à doses plus faibles et n'ont donné que des oscillations thermiques peu étendues et peu de précipitation consécutive du pouls, les enfants présentent de l'affaissement et des troubles nerveux qu'on n'observe pas après les injections de sérum artificiel... Il fait observer aussi que le sérum antidiphthéritique d'Arohnson, qui paraît être de nature différente, et qui s'administre sous forme d'injections moins volumineuses, provoque une réaction hyperthermique s'élevant jusqu'à 2 degrés, et il en conclut que, s'il est difficile de faire actuellement la part de la solution saline, des substances albuminoïdes et de l'antitoxine, dans les réactions consécutives aux diverses injections, on n'est pas en mesure aujourd'hui d'innocenter à cet égard le rôle des restes de la toxine employée pour l'obtention du médicament.

M. Hayem, après avoir rappelé ses observations sur les injections de sérum artificiel pendant l'épidémie cholérique de 1884, déclare qu'en ce qui concerne les malades atteint d'une affection présentant une période d'algidité, il est bien difficile de faire ultérieurement la part de la réaction inhérente à l'évolution morbide et de la réaction imputable à l'effet de l'injection thérapeutique; on ne peut établir de comparaison, à cet égard, entre les injections de sérum artificiel chez les cholériques et les injections de sérum de Roux chez les diphthéritiques.

D'autre part, un sérum fourni par des chevaux, immunisés ou non, constitue, comme tout médicament provenant d'un animal, un remède complexe et variable avec chaque sujet.

Néanmoins, on pourrait essayer d'obtenir un sérum dépouillé de ses propriétés nuisibles et doué cependant de ses propriétés curatives, en basant de nouvelles expériences sur le résultat du chauffage à 56 ou 57 degrés. Lorsqu'on injecte à un animal un sérum provenant d'une autre espèce, on note des phénomènes d'intoxication caractéristiques; le sérum du chien, par exemple, injecté à des doses minimes au lapin, tue ce dernier en quelques minutes; mais ce sérum, chauffé à 57 degrés, peut être injecté impunément au lapin, à des doses beaucoup plus fortes, probablement à la suite d'une transformation isomérique des substances nocives. Il y aurait donc lieu de rechercher si le même chauffage, appliqué au sérum antidiphthéritique, ne parviendrait pas à le dépouiller de ses propriétés nocives sans porter atteinte à ses propriétés curatives.

Du sérum antidiphthéritique à l'hôpital de Laribboisière. — M. Gouguenheim, résumant ses observations sur les effets de la sérothérapie dans le pavillon des diphtéritiques, relève un total de 14 décès sur 135 malades, parmi les adultes, et de 23 décès sur 40 malades, parmi les enfants (en bas âge), avant l'introduction de la sérothérapie ; depuis lors, il a noté 2 décès sur 52 malades parmi les adultes, et 9 décès sur 48 malades, parmi les enfants.

Il ressort, en outre, de ses observations, que, chez les enfants en bas âge, il n'est pas nécessaire, en dehors des formes suffocantes, d'administrer des doses fortes ou fréquemment répétées, et que chez eux le remède agit d'une façon très manifeste et très rapide à l'égard des accidents laryngés ; il est à remarquer aussi que dans les cas de décès (généralement imputables à des accidents bronchopneumoniques ou méningitiques), on n'a jamais constaté d'altération rénale.

De la nutrition dans le cours de la phthisie chronique. — M. Robin communique le résultat de ses recherches urologiques au sujet de la phthisie et résume ses observations dans les conclusions suivantes :

1° Chez les phthisiques stationnaires ou en voie d'amélioration, les échanges organiques, dans leur ensemble, paraissent égaler à peu près ceux de l'homme sain.

2° Tout phthisique, chez lequel la moyenne des matières solides éliminées par les urines en 24 heures descend au-dessous de 30 grammes, doit être considéré cliniquement comme arrivant à la période cachectique, au point de vue des échanges nutritifs.

3° Chez les phthisiques peu avancés, n'offrant ni fièvre, ni diarrhée, ni sueurs excessives, l'augmentation du résidu solide indique une suractivité nutritive de bon augure.

4° Dans les mêmes conditions, un abaissement des résidus solides au-dessous de 30 grammes est aussi un symptôme favorable, pourvu que le poids du malade ait augmenté, de manière à compenser cette diminution des matières solides.

5° Les hémoptysies s'accompagnent d'une diminution des matières solides, qui persiste plusieurs jours après l'hémostase.

6° Une décroissance graduelle de ces matières solides, sans abaissement du poids corporel, est un signe d'aggravation.

7° Aux périodes ultimes, la fièvre ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'une augmentation des déchets de l'organisme.

8° Aux mêmes périodes, certaines complications inflammatoires (poussée miliaire, pneumonie, méningite), loin de tendre à relever le taux des matières solides, semblent précipiter leur diminution. L'abaissement subit des matières solides dans la troisième période de la phthisie peut donc éveiller l'attention sur l'entrée en scène d'une complication.

9° Chez les phthisiques traités par l'huile de foie de morue à hautes doses, l'abaissement des matières solides indique la saturation et la nécessité de suspendre la médication; l'augmentation des matières solides après la cessation de cette médication, sans déchéance du poids gagné pendant la cure, est d'un pronostic favorable.

10° Les matières inorganiques, en bloc, subissent des variations trop étendues pour qu'on puisse en tirer des indications définitives; toutefois, le coefficient de déminéralisation organique est inférieur à la première période de la phthisie; il tombe à son minimum chez les sujets qui succombent.

11° La déminéralisation au début de la phthisie, peut-être avant l'invasion bacillaire, apporte à la détermination du terrain de la tuberculose des connaissances utiles à la thérapeutique et à la prophylaxie.

1. V. *Presse méd.*, n° du 2 mars 1895.

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

VIN GIRARD Iodo-tannique phosph — Succédané de l'Huile de Foie de Mor — MALADIES de POITRI

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLEREE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LITHIASE RÉNALE ✻ GOUTTE Aiguë et Chronique ✻ COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE **MIDY**

INOFFENSIVE, ne se décomposant point dans l'organisme.
Dosée à 0,20 par mesure ; dose selon le cas, 3 à 8 mesures par jour. Chaque mesure dissoute dans un 1/2 verre d'eau, donne une boisson gazeuse agréable à prendre.

La **PIPÉRAZINE** se combine à l'**Acide urique** en donnant un *urate soluble* dans 47 fois son poids d'eau : c'est le sel d'Acide urique le plus soluble, car l'**Urate de Lithine** exige encore 368 parties d'eau pour se dissoudre, c'est-à-dire près de 8 fois davantage. PRIX DU FLACON : **5** FRANCS.

GROS : **PHARMACIE MIDY**, 113, Faubourg Saint-Honoré, Paris.

SOLUTION NORMALE DE

FORMOL

NOUVEAU PRODUIT ANTISEPTIQUE NON CAUSTIQUE et NON TOXIQUE
AGISSANT SURTOUT A L'ÉTAT DE VAPEUR

La puissance antiseptique des **VAPEURS de FORMOL** est *supérieure* à celle du CHLORE, du BROME et de l'ACIDE SULFUREUX.

Elle est incomparablement supérieure à celle de l'ACIDE PHÉNIQUE, du THYMOL, des PHÉNOLS, de l'ESSENCE DE CANNELLE, etc., etc., *sans laisser traces d'odeur.*

Les *linges, tentures, métaux, instruments de chirurgie* et objets quelconques ne sont pas attaqués par les vapeurs du FORMOL.

L'extrême facilité du mode d'emploi du **FORMOL** supprime toutes les opérations si compliquées de la désinfection par les procédés ordinaires. — Elle met à la disposition de chacun le moyen *d'opérer soi-même la désinfection à domicile* ***sans le secours d'aucun appareil.*** Pour désinfecter une salle ou une chambre de malade avec les objets qu'elle renferme, portes et fenêtres étant fermées, il suffit d'étendre un linge imbibé de la SOLUTION NORMALE de FORMOL sur une corde tendue horizontalement ; on laisse agir les vapeurs pendant 24 heures, on ménage ensuite un courant d'air pendant deux à trois jours

Pour la désinfection d'une armoire, d'un placard, meuble, tiroir, etc., avec ou sans les objets qu'ils contiennent, il suffira d'y laisser un de nos **FORMOGÈNES** que l'on enfermera dans lesdits meubles.

PANSEMENTS AU FORMOL
(ouate, gaze et bandes) pouvant remplacer avantageusement les **pansements au sublimé.**

On trouve les préparations de FORMOL dans toutes Pharm. | Vente en gros : **9** et **11**, Rue de la Perle, Paris.

Glycérophosphates

PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES, etc.*

1° SOLUTION GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOLUTION INJECTABLE ; 4° SIROP

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Granules de Catillon — A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE **STROPHANTUS**

2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul[t] S[t]-Martin.

LYSOL

LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ÉCHANTILLON franco
à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

PHTISIE Traitement préventif et curatif pa
Iode à dose intensive et **Phosphat**
INNOCUITÉ COMPLÈTE
au moyen des **VINS** et **PILULES IODO-PHOSPHATÉS** du Dr F
Expérimentés depuis 1891, à l'Hôpital de Villepinte. — Brochre fra
JOLLY, 64, Faubourg Poissonnière, PARIS

TROUSSE de "LA PRESSE MÉDICALE" préparée par ADRIAN et Cie, Paris
DONNANT SEULE DROIT AU

Diagnostic *GRATUIT de la* ***DIPHTERIE***

Cette TROUSSE, **UNIQUEMENT DESTINÉE AUX MÉDECINS**, renferme **deux tubes de Sérum gélatinisé, un tube verre stérilisé, une spatule à ensemencement, une instruction sur la manière de s'en servir ainsi qu'un avis de retour** et une adresse imprimée pour le renvoi de la boîte **"Au Laboratoire de la Presse Médicale", *3, Rue Racine, Paris,*** qui, **GRATUITEMENT**, dans les 24 heures, fera le diagnostic et leur en adressera les résultats.

Le prix de la Trousse, au public, est de 3 fr. — On la trouve dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : *9 et 11, Rue de la Perle, Paris.*

Pour la garantie de fabrication du Sérum, pour la certitude et la rapidité du diagnostic ***EXIGER la Trousse de "LA PRESSE MÉDICALE" préparée par ADRIAN et Cie.***